

Patrycja Zurzycka, Teresa Radzik

Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum w Krakowie

Ochrona praw pacjenta i jego autonomii w praktyce pielęgniarstwie

Protection of Patients' Rights and their autonomy in the nursing practice

STRESZCZENIE

Advokatura stanowi jedną z podstawowych zasad praktykowania pielęgniarstwa i obejmuje zarówno ochronę praw pacjenta, jak i jego autonomii oraz prawa do samostanowienia. Z kolei paternalizm często stawiany jest w opozycji do advokatury jako wyraz naruszenia autonomii poprzez podejmowanie decyzji przez personel dla dobra pacjenta, lecz bez jego udziału. W praktyce codziennej opieki nad chorymi pielęgniarki mają styczność z dynamicznie zmieniającą się sytuacją kliniczną i stanem zdrowia pacjenta. Może to wymagać realizowania działań związanych z advokaturą, które niekiedy obejmować mogą także poczynania paternalistyczne (obejmujące paternalizm słaby) podejmowane dla dobra pacjenta, zgodnie z zasadą dobroczynienia.

Advokatura i paternalizm, mimo pozornych przeciwieństw, często funkcjonują w codziennej opiece jako uzupełniające się działania podejmowane dla dobra pacjenta.

Celem pracy jest nakreślenie relacji pomiędzy advokaturą a paternalizmem w pielęgniarstwie.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (1): 62–66

Słowa kluczowe: advokatura, paternalizm, pielęgniarstwo

ABSTRACT

Advocacy is one of the basic principles of nursing practice and covers both the protection of patients' rights and their autonomy and the right to self-determination. On the other hand, paternalism is often put in opposition to advocacy as an expression of violation of autonomy through decision-making by the staff for the good of the patient, but without his or her participation. In the daily practice of care, nurses often face a dynamically changing clinical situation and the patient's state of health. This may require the completion of activities related to advocacy, which sometimes may include paternalistic actions (including weak paternalism) taken for the good of the patient, according to the principle of doing good.

Advocacy and paternalism, in spite of being in opposition to each other, often function in daily care as complementary activities for the benefit of the patient.

The paper is aimed at outlining a relationship between advocacy and paternalism in nursing.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (1): 62–66

Key words: advocacy, paternalism, nursing

Wstęp

Pielęgniarstwo utożsamiane jest przede wszystkim z okazywaniem troski, promowaniem autonomii i ochroną pacjenta oraz działaniem dla jego dobra (dobroczynieniem). Aktywności te podejmowane wobec podmiotów opieki związane są z koncepcją

advokatury (rzecznictwa) ujmującej pielęgniarki jako rzeczników i obrońców szeroko pojętych praw i interesów pacjenta [1–3]. Jednak ochrona pacjenta oraz działania prowadzone dla jego dobra mogą stanowić podstawę zarówno advokatury, jak i pewnych form paternalizmu. Pozornie nie wydaje się by negatyw-

Adres do korespondencji: dr n. hum, mgr piel. Patrycja Zurzycka, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa UJCM, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków, tel.: (12) 421 40 10, faks: (12) 429 48 72, e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2017.0010

nie postrzegany paternalizm mógł być elementem praktykowania zawodu pielęgniarki. Jednak może on w pielęgniarstwie wystąpić, w sytuacjach gdy decyzje i preferencje pacjenta są odrzucane w trosce o jego dobro — w tych okolicznościach może być utożsamiany z adwokaturą. W takim kontekście zarówno adwokatura, jak i paternalizm (słaby paternalizm) zmierzają ku ochronie pacjenta, który w danej chwili nie jest w stanie podjąć decyzji służącej jego dobru [1, 3–6].

Aby dokonać rozróżnienia adwokatury od paternalizmu konieczne jest określenie, w jakich sytuacjach możliwe jest podjęcie przez pielęgniarkę działania dla dobra jej podopiecznego bez wydanej uprzednio przez pacjenta świadomej i autonomicznej zgody. Głównym elementem warunkującym podjęcie takiego działania jest zaistnienie sytuacji narażenia pacjenta na znaczne ryzyko, któremu ewentualne działania pielęgniarki mogą zapobiec z wysoką dozą prawdopodobieństwa. Ważne jest także rozważenie czy korzyści, jakie pacjent odniesie z interwencji pielęgniarki przewyższają ewentualne obciążenia lub szkody dla niego samego, a także dla osoby podejmującej działania [7]. Jeżeli warunki te zostają spełnione, można uznać, że podjęte postępowanie jest zgodne z zasadą dobroczynności, jeśli zaś którekolwiek kryterium nie zostanie zrealizowane, działanie utożsamiane będzie z paternalizmem [1].

Jednak w codziennej praktyce opieki pielęgniarstwa najczęściej granica pomiędzy rzecznictwem a niektórymi formami paternalizmu jest płynna i słabo zarysowana. Wynika to zarówno z trudności w jednoznacznym definiowaniu tych terminów, jak i interpretowaniu ich w obliczu konkretnych, często niezwykle złożonych, sytuacji klinicznych. Związane jest to również z dynamiką procesu opieki (i procesu terapeutycznego), w którego czasie często zmieniają się potrzeby pacjenta (zmienia się stan jego zdrowia), a także zakres jego autonomii i możliwości samostanowienia. Ponadto paternalizm i adwokatura mogą być odmiennie postrzegane przez pacjentów i ich bliskich, pielęgniarki czy innych członków zespołu terapeutycznego [1].

Cel pracy

Celem pracy jest nakreślenie relacji pomiędzy adwokaturą a paternalizmem w pielęgniarstwie.

Adwokatura w pielęgniarstwie

Praktykowanie pielęgniarstwa opiera się przede wszystkim na osobistym zaangażowaniu i odpowiedzialności pielęgniarki, jednym z kluczowych elementów jest realizacja funkcji adwokatury (rzecznictwa) [6, 8]. Jest ona postrzegana jako integralny element pielęgniarstwa od dawna, czego wyrazem są kodeksy

etyki dla pielęgniarek oraz obowiązujące unormowania prawne dotyczące wykonywania zawodu [1, 6, 8, 9].

Rzecznictwo stanowi element etycznego obowiązku praktykowania zawodu pielęgniarki i rozumiane jest jako unikatowa relacja lub proces zachodzący pomiędzy nią a pacjentem. Koncepcja adwokatury opisuje charakter relacji pacjent-pielęgniarka, ale także wskazuje na pielęgniarkę jako obrońcę formalnych i moralnych praw powierzonych jej opiece ludzi [1, 5]. Adwokatura interpretowana jest jako aktywność prowadzona przez pielęgniarki wobec ich podopiecznych, obejmująca zarówno zabezpieczenie praw pacjenta, jak i ochronę oraz wspieranie ich prawa do samostanowienia. Obejmuje ona również udzielenie pacjentowi niezbędnych informacji, partnerstwo w procesie pielęgnowania (i procesie terapeutycznym), a także edukację oraz podejmowanie interwencji w sytuacjach, kiedy dobro podopiecznych jest zagrożone. Stanowi ona nieodłączny element praktyki zawodowej pielęgniarek oraz składową działań w zakresie promocji i ochrony dobrostanu, a także interesów pacjentów. Jest to możliwe dzięki zapewnieniu, że są oni świadomi swoich praw i mają pełny dostęp do informacji warunkujących podjęcie autonomicznych decyzji [2, 9–12]. Rzecznictwo świadczone jest wobec jednostek i grup osób podlegających opiece, ale może także być ujmowane jako praktyka czy zjawisko dotyczące grupy zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy. Przykładem tego może być tworzenie aktów prawnych, rekomendacji, postulatów czy dokonywanie zmian warunków świadczenia opieki pielęgniarstwa [12].

Praktykowanie adwokatury w pielęgniarstwie utożsamiane może być z pewnego rodzaju odwagą etyczną związaną z koniecznością przełamywania licznych przeciwności w trakcie jej realizacji [13]. Identyfikowane przez pielęgniarki bariery w realizowaniu adwokatury wynikają głównie z ograniczeń instytucjonalnych i organizacyjnych, takich jak brak odpowiednich i adekwatnych do potrzeb unormowań (zarówno prawnych, jak i etycznych) oraz niedostatek udzielanego wsparcia w rozwiązywaniu sytuacji problemowych i konfliktów. Ponadto występują przeszkody związane z brakiem czasu na pełnienie roli adwokata pacjenta, a także wynikające z niewystarczającego kształcenia praktycznego w tym obszarze. Również historyczne uwarunkowania związane z wykonywaniem profesji pielęgniarki, potocznie utożsamianego z zawodem podległym lekarzowi, wpływać mogą na ograniczenia w realizacji rzecznictwa [9, 11].

Adwokatura wzmacnia szacunek dla prawa pacjenta do autonomii i ukierunkowana jest na wzmocnienie jego niezależności, często ujmowana jest jako

przeciwieństwo paternalizmu i przedmiotowego traktowania. Podstawą adwokatury jest zwiększenie autonomii pacjentów poprzez wspieranie ich w dokonywaniu wyborów. Jednak w przypadku pacjentów niewyrażających swych preferencji lub podejmujących decyzje szkodliwe dla ich dobrostanu winna być realizowana w oparciu o poszanowanie obiektywnego dobra pacjenta (zgodnie z zasadą dobroczynienia), co może być niekiedy interpretowane jako przejaw działań paternalistycznych.

Paternalizm w opiece zdrowotnej

W etyce medycznej poczynawszy od lat 70. i 80. XX wieku obserwuje się odejście od paternalistycznego podejścia do opieki, które zakłada i akceptuje podejmowanie decyzji w procesie terapeutycznym przez personel bez informowania i pytania o zdanie pacjenta [14]. Obecnie coraz częściej zauważyć można tendencję do odrzucenia paternalizmu we wszelkiej postaci, jako nieuzasadnionej ingerencji w autonomię jednostek, na rzecz promowania szacunku dla autonomii jako najistotniejszej wartości funkcjonującej we współczesnych naukach medycznych. Zazwyczaj paternalizm interpretowany jest jako zjawisko negatywne i będące skutkiem nieuzasadnionego nadużycia. Wynika to z faktu, że nawet dobre intencje, którymi kieruje się osoba pomagająca, zostają przysłonięte przez brak autonomicznej zgody podmiotu działań [1, 15, 16].

Paternalizm w opiece zdrowotnej rozumiany jest jako naruszenie czyjejś autonomii, które uzasadniane jest działaniem na rzecz dobra tej osoby. Obejmuje on wszystkie poczynania, jakie są podejmowane względem pacjenta na podstawie własnej oceny i decyzji personelu bez uzyskania zgody czy opinii pacjenta [1, 17, 18]. Zjawisko to porównać można do relacji pomiędzy rodzicem a dzieckiem, kiedy to rodzic podejmuje decyzje wobec dziecka, biorąc pod uwagę jego dobro lecz pomijając jego wolę [19, 20]. Warto nadmienić, że paternalizm występuje również w przypadku upraszczania przekazywanych pacjentowi i jego rodzinie informacji związanych ze sprawowanym procesem opieki i procesem terapeutycznym. Praktyka taka może być prowadzona ze względu na wysoki stopień ich skomplikowania lub ryzyko wystąpienia negatywnej reakcji na przekazywane wiadomości. Jednak takie upraszczanie i skracanie informacji, zamiast dostosowania formy ich przekazu do poziomu i oczekiwań pacjenta, odbiera podmiotom opieki możliwość podjęcia autonomicznych decyzji. Członkowie zespołu terapeutycznego powinni pamiętać, że wiedza i kompetencje medyczne nie stanowią większego dobra niż doświadczenie pacjenta i prezentowane przez niego wartości [1, 21, 22].

Podział i formy paternalizmu

Najczęściej stosowana charakterystyka zjawiska paternalizmu dokonuje rozróżnienia na dwie formy: słabą i mocną (tak zwaną miękką i twardą) [1, 15]. Paternalizm słaby dotyczy osób, które ze względu na swój stan zdrowia nie są w stanie podejmować decyzji chroniących własną osobę. Zaś paternalizm mocny to działanie wbrew woli podjętej przez jednostkę w imię jej dobra. Paternalizm słaby zakłada, że poprawne i prawidłowe jest podjęcie działania zmierzającego do obrony pacjenta przed jego decyzjami, które nie spełniają kryteriów decyzji autonomicznej. Natomiast paternalizm mocny opiera się na założeniu, że można ingerować w działania podejmowane autonomicznie przez jednostkę, jednak zagrażające jej dobrostanowi. Paternalizm słaby w kontekście opieki zdrowotnej uznaje się za dopuszczalny, natomiast paternalizm mocny nie jest akceptowany we współczesnej rzeczywistości opieki medycznej [1, 17].

Można również wyróżnić paternalizm bierny, sprowadza się on do niepodejmowania działań, których pacjent się domaga, a które w opinii profesjonalisty są dla niego niekorzystne lub bezzasadne z punktu widzenia aktualnego stanu wiedzy medycznej [23]. A także paternalizm upoważniony polegający na udzieleniu przez pacjenta upoważnienia do działania w jego imieniu dla jego dobra oraz paternalizm nieupoważniony, czyli przejęcie podejmowania decyzji za osobę, która jest w stanie ją podjąć [18].

Paternalizm jako zjawisko występujące w relacjach pacjent-profesjonalista słabnie, natomiast mało prawdopodobne wydaje się by zaniknął całkowicie. Jest to uwarunkowane między innymi prezentowaną przez niektórych pacjentów postawą wiary i zaufania do personelu oraz całkowitego przekazania im odpowiedzialności za podejmowane decyzje i działania [15, 23, 24].

Adwokatura a paternalizm

Ryzyko wystąpienia paternalizmu pojawia się często w sytuacjach, kiedy personel uważa, że jego osąd jest trafniejszy niż wybory pacjenta. Relacja pacjent-pielęgniarka (podobnie jak relacja pacjent-lekarz) jest w swej istocie niesymetryczna, bowiem to pacjent potrzebuje opieki, informacji i pomocy, a nie odwrotnie [24–26]. Istotne jest również to, że w praktyce opieki nad pacjentem często mamy styczność z dynamicznie zmieniającymi się relacjami. Prezentują one kontinuum od autonomii i relacji partnerskich do ograniczenia lub braku możliwości podejmowania przez pacjenta decyzji służących jego dobru, co powoduje konieczność odwołania się do paternalizmu w celu ochrony podopiecznego. Należy zwrócić uwagę, że funkcjonowanie modelu partnerskiego w relacjach terapeutycznych nie zawsze jest

możliwe ze względu na stan zdrowia pacjenta, a bywa także utrudnione ze względu na posiadaną przez chorego wiedzę czy kulturę medyczną [24].

Postęp naukowy i technologiczny, jaki dokonuje się w obszarze opieki zdrowotnej, a także coraz większy współudział pacjentów w procesie decyzyjnym wymuszają na pielęgniarkach refleksję i dążenie do ustalania cienkiej granicy, jaka rodzi się pomiędzy adwokaturą (rzecznictwem) a paternalizmem. Paternalizm rozumiany być może jako odwieczny konflikt pomiędzy czynieniem dobra (dobroczynnością) i zapobieganiem krzywdzie pacjenta a jego prawem do wolności i autonomicznych decyzji. Wolność wyboru, prawo do autonomii i samostanowienia może rodzić u profesjonalistów liczne dylematy etyczne, zwłaszcza gdy wybór pacjenta nie pozostaje spójny ze wskazaniami medycznymi i etycznym obowiązkiem postępowania personelu [14, 19, 21].

Granica pomiędzy miękkim paternalizmem a adwokaturą w wielu przypadkach wydaje się być słabo zarysowana. Słaby paternalizm praktykowany wobec osób, które nie są w stanie podjąć decyzji ze względu na swój stan zdrowia, może stanowić formę rzecznictwa i promowania zasady dobroczynienia [1].

Pielęgniarki zobowiązane są do szczególnie wnikliwej oceny czy działanie paternalistyczne dla dobra pacjenta nie jest pogwałceniem jego prawa do autonomii. Jednak autonomia nie stanowi wartości bezwzględnej i niekiedy dla ochrony dobra pacjentów, w przypadku realnego i obiektywnie potwierdzonego zagrożenia ich zdrowia czy życia, ustąpić powinna miejsca paternalizmowi, który pozwoli na zapewnienie bezpieczeństwa, a tym samym minimalizowanie ryzyka doznania uszczerbku [14, 19]. Zwolennicy paternalizmu utrzymują, że ograniczenie autonomii jest uzasadnione, jeśli podejmowane przez pacjentów działania mogłyby spowodować negatywne skutki dla nich samych lub otoczenia, ale także wtedy, kiedy w niewystarczającym stopniu troszczą się o siebie. Dlatego też podejmowanie decyzji za pacjenta w celu ratowania jego zdrowia i życia może być utożsamiane z paternalizmem, jednak pamiętać należy, że podejmowanym w imię zasady dobroczynienia i zgodnie z koncepcją adwokatury [1, 15].

Istotnym problemem jest rozstrzygnięcie czy paternalistyczne interwencje mogą być uzasadnione z punktu widzenia etyki, a jeśli tak, to na jakich warunkach. Obrońcy paternalizmu często posilają się odwołaniem do idei dobroczynności i racjonalności lub twierdzenia, że paternalizm powinien być utożsamiany z pewną formą zapewnienia bezpieczeństwa [15]. Paternalizm może być także uzasadniany w oparciu o stwierdzenie, że chwilowe ograniczenie autonomii związane z działaniem paternalistycznym wobec pacjenta (cechującego się ograniczonym roze-

znaniem, co do swych decyzji i poczynań) chroni jego autonomię opartą na głębokich wartościach, czyli stanowi przykład praktykowania adwokatury [3–5, 15].

Podsumowanie

Adwokatura wzmacnia szacunek dla prawa pacjenta do autonomii i ukierunkowana jest na wzmocnienie jego pozycji i niezależności, często postrzegana jest jako przeciwieństwo paternalizmu i przedmiotowego traktowania.

Praktykowanie adwokatury stanowi dla pielęgniarek duże wyzwanie w sprawowaniu opieki opartej o preferencje pacjenta i zgodnej z jego obiektywnie postrzeganym dobrem bez ryzyka otarcia się o zachowania paternalistyczne. Jednak niekiedy podejmowanie działań paternalistycznych (obejmujących paternalizm słaby) wydaje się być wsparciem czy też narzędziem w realizacji adwokatury. Pielęgniarka jako adwokat pacjenta może z jednej strony starać się chronić go przed paternalistycznymi praktykami innych osób (obejmującymi paternalizm mocny), maksymalizując jego autonomię, z drugiej zaś strony sama może praktykować zachowania paternalistyczne (w formie paternalizmu słabego) w celu ochrony dobra pacjenta.

Należy pamiętać, że naruszenie autonomii pacjenta, jakie ma miejsce w przypadku praktykowania paternalizmu mocnego w opiece zdrowotnej, wpływa negatywnie na utrzymanie kontroli nad własnym życiem, a tym samym może mieć potencjalnie negatywne skutki związane ze stanem zdrowia czy decyzjami dotyczącymi prowadzenia leczenia. Paternalizm mocny, kwestionowany we współczesnej opiece, z pewnością nie stanowi elementu praktykowania adwokatury.

Ze względu na liczne niejasności w obszarze interpretacji granic słabego paternalizmu i adwokatury — rozumianej jako dobroczynienie — konieczne jest podejmowanie dyskusji, badań, a także indywidualnych refleksji zmierzających do określenia granicy pomiędzy tymi zjawiskami.

Piśmiennictwo

1. Zomorodi M, Foley BJo. The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the 'thin line'. *J Adv Nurs*. 2009; 65(8): 1746–1752, doi: [10.1111/j.1365-2648.2009.05023.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05023.x), indexed in Pubmed: [19493141](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19493141/).
2. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Salanterä S, et al. Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci*. 2006; 20(3): 282–292, doi: [10.1111/j.1471-6712.2006.00406.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00406.x), indexed in Pubmed: [16922982](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16922982/).
3. Fry S. Nursing Ethics. In: Post S. ed. *Encyclopedia of Bioethics* 3rd edition. Macmillan, New York 2004: 1898–1903.
4. Fry S. Nursing Ethics. In: Khushf G. ed. *Handbook of Bioethic: Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective*. Kluwer Academic Publisher, Boston 2004: 489–509.

5. Choi PP. Patient advocacy: the role of the nurse. *Nurs Stand*. 2015; 29(41): 52–58, doi: [10.7748/ns.29.41.52.e9772](https://doi.org/10.7748/ns.29.41.52.e9772), indexed in Pubmed: [26058653](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26058653/).
6. Lachman VD. Applying the ethics of care to your nursing practice. *Medsurg Nurs*. 2012; 21(2): 112–4, 116, indexed in Pubmed: [22667005](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22667005/).
7. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, Oxford 2001: 266.
8. Kangasniemi M, Pakkanen P, Korhonen A. Professional ethics in nursing: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2015; 71(8): 1744–1757, doi: [10.1111/jan.12619](https://doi.org/10.1111/jan.12619), indexed in Pubmed: [25598048](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25598048/).
9. Hanks RG. Barriers to nursing advocacy: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2007; 42(4): 171–177, doi: [10.1111/j.1744-6198.2007.00084.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00084.x), indexed in Pubmed: [17944697](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17944697/).
10. Vaartio H, Leino-Kilpi H. Nursing advocacy — a review of the empirical research 1990–2003. *Int J Nurs Stud*. 2005; 42(6): 705–714, doi: [10.1016/j.ijnurstu.2004.10.005](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.10.005), indexed in Pubmed: [15982468](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15982468/).
11. Jugessur T, Iles IK. Advocacy in mental health nursing: an integrative review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009; 16(2): 187–195, doi: [10.1111/j.1365-2850.2008.01315.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01315.x), indexed in Pubmed: [19281550](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19281550/).
12. Mahlin M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nurs Ethics*. 2010; 17(2): 247–254, doi: [10.1177/0969733009351949](https://doi.org/10.1177/0969733009351949), indexed in Pubmed: [20185448](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20185448/).
13. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002; 9(6): 636–650, doi: [10.1191/0969733002ne557oa](https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa), indexed in Pubmed: [12450000](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12450000/).
14. Melia KM. When the body is past fixing: caring for bodies, caring for people. *J Clin Nurs*. 2014; 23(5-6): 616–622, doi: [10.1111/jocn.12380](https://doi.org/10.1111/jocn.12380), indexed in Pubmed: [24128005](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24128005/).
15. Beauchamp T. Paternalism. In: Post S. ed. *Encyclopedia of Bioethics* 3rd edition. Macmillan, New York 2004: 1983–1990.
16. Lindberg C, Fagerström C, Sivberg B, et al. Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *J Adv Nurs*. 2014; 70(10): 2208–2221, doi: [10.1111/jan.12412](https://doi.org/10.1111/jan.12412), indexed in Pubmed: [25209751](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25209751/).
17. Łuków P. Granice autonomii pacjenta. In: Różyńska J, Chańska W. ed. *Bioetyka*. Wolters Kluwers, Warszawa 2013: 85–95.
18. Nowacka M. Autonomia pacjenta jako problem moralny. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2005: 12.
19. Tuckett AG. On paternalism, autonomy and best interests: telling the (competent) aged-care resident what they want to know. *Int J Nurs Pract*. 2006; 12(3): 166–173, doi: [10.1111/j.1440-172X.2006.00565.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00565.x), indexed in Pubmed: [16674784](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16674784/).
20. Sandman L, Munthe C. Shared decision making, paternalism and patient choice. *Health Care Anal*. 2010; 18(1): 60–84, doi: [10.1007/s10728-008-0108-6](https://doi.org/10.1007/s10728-008-0108-6), indexed in Pubmed: [19184444](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19184444/).
21. Baerøe K. Patient autonomy, assessment of competence and surrogate decision-making: a call for reasonableness in deciding for others. *Bioethics*. 2010; 24(2): 87–95, doi: [10.1111/j.1467-8519.2008.00672.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00672.x), indexed in Pubmed: [18644014](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18644014/).
22. Schermer M. Nothing but the truth? On truth and deception in dementia care. *Bioethics*. 2007; 21(1): 13–22, doi: [10.1111/j.1467-8519.2007.00519.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00519.x), indexed in Pubmed: [17845498](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17845498/).
23. Nawrocka A. *Etos w zawodach medycznych*. Wydawnictwo WAM, Kraków 2008: 294–298.
24. Ostrowska A. Paternalizm i partnerstwo. Społeczny kontekst relacji pacjent-lekarz. In: Hartman J, Waligóra M. ed. *Etyczne aspekty decyzji medycznych*. Wolters Kluwer, Warszawa 2011: 11–22.
25. Sherwin S, Winsby M. A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expect*. 2011; 14(2): 182–190, doi: [10.1111/j.1369-7625.2010.00638.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00638.x), indexed in Pubmed: [21029285](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21029285/).
26. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Hersh M, et al. Nursing priorities, actions, and regrets for ethical situations in clinical practice. *J Nurs Scholarsh*. 2011; 43(4): 385–395, doi: [10.1111/j.1547-5069.2011.01422.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01422.x), indexed in Pubmed: [22008185](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22008185/).